

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

**Самсонов¹ Н. М., Соболев¹ С. М., Морхат² Г. М., Мамчур² Е.Р.,
Овечкина² И.А., Ращина² Е.С.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»¹, Витебская городская больница №2²*

Пневмония – острый инфекционный воспалительный процесс, локализованный дистально по отношению к конечным бронхиолам, подтвержденный данными рентгенологического исследования. Туберкулез – хроническая бактериальная инфекция, вызываемая *Mycobacterium tuberculosis* и характеризующаяся образованием гранулем в пораженных тканях и выраженной клеточно-опосредованной гиперчувствительностью. Болезнь, как правило, локализуется в легких, однако в процесс могут вовлекаться и другие органы.

Цель исследования: определить особенности диагностического процесса, клинических симптомов при туберкулезе легких и внегоспитальных пневмониях, особенности их течения.

Методы исследования: наблюдение, анализ медицинской документации.

Место проведения исследования: ТМО N3, кафедра факультетской терапии ВГМУ, г. Витебск, Беларусь.

Материалы: 38 больных (мужчины – 71%, женщины – 29%) поступивших по поводу пневмоний, заключительным диагнозом у которых явился туберкулез легких. Средний возраст 42,9 лет (от 18 до 81). Отбор больных производился методом случайной выборки. Время исследования - 2002-2003гг. Диагноз верифицировался клинически, лабораторно и рентгенологически. По показаниям производились бронхоскопия, компьютерная томография, консультации онколога, фтизиатра. Сомнительные в диагностическом плане случаи были исключены из исследования.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных больных верхнедолевое поражение (S1-S2) легких встречалось у 68,4%, нижнедолевое (S6) – у 13,1 %. Осложнения в виде плеврального выпота наблюдались у 21% больных. Диссеминация с распадом встретила у 7,9% больных.

С различной степенью выраженности проявления легочного синдрома (одышка, кашель, плевральные боли, лихорадка)

встречались у всех пациентов. Ускорение СОЭ наблюдалось в 60,5% случаев, лейкоцитоз – в 23,7%, нейтрофильный сдвиг – у 10,5%. Анемия была у 13,2% случаев. МБТ(+) обнаружены в 13,2% случаев. При бактериоскопии мазков мокроты – 10,5% случаев. Посевы мокроты на МБТ положительны в 2,7% случаях. При наличии плеврального выпота туберкулезной этиологии в пунктате в 62,5% случаев определялась положительная проба Ривольта и выраженный лимфоцитоз (более 85%).

В 65,7% случаев первые консультации фтизиатра, назначенные и выполненные при выявлении инфильтративных изменений в легких, не подтверждали предположительный диагноз туберкулеза легких.

Таким образом, наиболее частым среди диагностированного туберкулеза легких по локализации было верхнедолевое расположение инфильтративного процесса. Наиболее информативными при исследовании пунктата для определения его этиологии были проба Ривольта и лимфоцитоз.